

# 利用会員登録票

★会員NO.

ふりがな				自宅
会員氏名				携帯
	昭和・平成 年 月 日生			FAX
住所	〒 _____			
ふりがな		生年月日	性別	学校等
子どもの名前		平成 年 月 日	男 女	
ふりがな		生年月日	性別	学校等
子どもの名前		平成 年 月 日	男 女	
ふりがな		生年月日	性別	学校等
子どもの名前		平成 年 月 日	男 女	
家族構成	父・母・祖父・祖母・子（ 人）・その他（ ） 該当するところに○をつけてください。 家族の人数 計 人			
かかりつけの病院	（内科）		（外科）	
	（その他）			
緊急時の連絡先				
お子さんの様子についてお聞きします	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 既往症はありますか？（ ない・ある「病名: _____」）</li> <li>・ アレルギーはありますか？（ ない・ある「 _____」）</li> <li>・ 障がいがありますか？（ ない・ある「 _____」）</li> </ul> <p>上記の質問にあると答えた方にお聞きします。 託児の際に配慮することを詳しくご記入ください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>			

★入会 年 月 日